

DU PRONOSTIC

DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

DANS SES RAPPORTS AVEC QUELQUES INFECTIONS

ET EN PARTICULIER AVEC LA SYPHILIS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Avril 1896.

PAR

J. OLLIVIER

NÉ A SAINT-MARTIN-D'ENTRAUNES (Alpes-Maritimes)

Lauréat de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

Éditeur du Nouveau Montpellier Médical

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HÉDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	N....
id. Sarda (Chargé du cours).....	N....
Anatomie pathologique.....	N....
id. Bosc (Chargé du Cours).....	N....
Microbiologie.....	N....

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.....	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	ESPAGNE, agrégé libre.
Pathologie externe.....	N....

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL.	MM. LAPEYRE.	MM. VALLOIS.
BROUSSE.	MOITESSIER.	MOURET.
SARDA.	BOSC.	DELEZENNE.
LECERCLE.	DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRASSET, <i>président.</i>	—	MM. BROUSSE, agrégé.
CARRIEU, <i>professeur.</i>	—	RAUZIER, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON PÈRE
Le Docteur OLLIVIER

A MA MÈRE CHÉRIE

Faible témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

Tout mon dévouement.

A TOUS MES PARENTS

J. OLLIVIER.

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-PÈRE, DE MA GRAND'MÈRE

De mon Oncle AILLAUD, Notaire

De mon Cousin PAYAN, Instituteur

De mon Cousin J. LIAUTAUD

J. OLLIVIER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRASSET

Chevalier de la Légion d'Honneur

A TOUS MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MARSEILLE

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

J. OLLIVIER.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BARETY (*), BALESTRE (*), et CIAUDO (*),
de Nice

A TOUS MES AMIS

J. OLLIVIER.

AVANT-PROPOS

Au moment où s'achève, pour nous, la période des études médicales, qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos meilleurs sentiments de reconnaissance à tous les Professeurs de l'école de Marseille et de la Faculté de Montpellier, pour le généreux et riche enseignement qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer durant cinq longues années ; Puissent leurs bons conseils et leurs bienveillantes leçons, être toujours présents à notre esprit, et nous aider à vaincre les difficultés nombreuses qui sont inhérentes à la carrière que nous allons entreprendre.

Que Monsieur le D^r Rauzier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, nous permette de le remercier de son obligeance à nous guider dans toutes nos recherches ;

Que MM. le D^r Vedel, chef de Clinique médicale et Mocquot, interne des hôpitaux de Montpellier, veuillent bien recevoir aussi l'expression de toute notre gratitude pour l'empressement qu'ils ont mis à nous donner la primeur de leurs observations ;

Nous prions particulièrement Monsieur le Professeur Grasset, de daigner agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

DU PRONOSTIC
DE LA
FIÈVRE TYPHOÏDE
DANS SES RAPPORTS AVEC QUELQUES INFECTIONS
ET EN PARTICULIER AVEC LA SYPHILIS

INTRODUCTION

On peut bien avouer, sans exagération, que jamais la question des maladies virulentes et contagieuses, celle de la fièvre typhoïde en particulier, n'a autant qu'aujourd'hui occupé les esprits ; la dothiéntérie est, en effet, une de ces maladies qu'on a le mieux étudiées et dont l'histoire appartient presque, en propre, à notre littérature médicale ; on peut dire qu'elle a été le thème favori des médecins français ; elle a été l'objet d'une foule de travaux très importants, après lesquels il semblerait superflu de rien ajouter ; aussi, loin de nous, une pareille prétention.

Dans la rédaction de ce modeste travail notre attention a été appelée sur un point de cette affection ; nous voulons parler du pronostic.

Nous nous sommes demandé s'il n'existe pas un certain nombre de signes dont l'apparition précoce ou tardive permet d'annoncer

une convalescence franche ou une terminaison fatale chez un malade atteint de fièvre typhoïde.

Nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile d'insister sur un point aussi important, dans une maladie qui, par sa gravité et sa fréquence, entre pour un taux si élevé dans la mortalité générale.

Nous nous sommes donc proposé de traiter ce sujet dans deux chapitres bien distincts.

Dans le premier, nous avons essayé de réunir dans un tableau synthétique, et de les grouper, en les classant, les divers éléments qui sont épars dans les nombreux traités de pathologie et de clinique et qui se rapportent au pronostic de la dothiènementie en général. Dans le second, nous avons envisagé l'association de la fièvre typhoïde avec une autre maladie infectieuse et, en particulier, avec la syphilis.

Tel est l'objet de cette étude.

CHAPITRE PREMIER

Pronostic de la fièvre typhoïde en général.

Ce qu'on a dit depuis longtemps de l'incertitude du pronostic dans les maladies aiguës est surtout applicable à l'affection typhoïde il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler les principaux symptômes de cette maladie, leurs proportions dans les cas légers et dans les graves, en commençant par ceux qui sont plus particulièrement liés au siège de l'affection.

Nous savons que la fièvre typhoïde est une maladie générale « totius substantiæ » ; elle frappe tous les organes, mais pas tous d'une façon égale ; c'est cette inégalité précisément qui fait que l'on observe des formes thoraciques, abdominales, bilieuses-cérébro-spinales, suivant que l'organe de plus touché est le poumon, l'intestin, le foie, la moëlle ou l'encéphale.

Il y aura donc différentes terminaisons d'après la prédominance de telle ou telle lésion.

Le pronostic est, sans aucun doute, très délicat à établir, car il arrivera souvent qu'une dothiéntérie qui ne donnait que peu d'inquiétude dans les premiers jours aura bientôt une complication, tandis qu'une autre forme grave marchera d'une façon inespérée vers une complète guérison.

« C'est la maladie qui mord sans aboyer ».

Les éléments dont nous disposons pour essayer d'établir le pronostic doivent être tirés de la nature de la maladie, de l'âge des malades, des commémoratifs relatifs à leur passé personnel et à

leurs parents, de l'examen attentif de l'état général et de l'état local, autant qu'il est permis de le déduire des signes objectifs et subjectifs ; enfin, des conditions où se trouvent les malades pour l'application du traitement.

Mais, deux grands facteurs doivent ici surtout entrer en ligne de compte : La malignité de certains symptômes et la dénutrition organique ; celle-ci est appréciée par l'état d'amaigrissement et d'émaciation de l'individu et notamment par le poids qui traduit assez fidèlement la gravité de la fièvre typhoïde.

Quant à ceux-là, nous tâcherons de dégager de leur ensemble les particularités qui nous permettront de porter un jugement approprié.

Il ne peut être question, dans ce premier chapitre, de passer en revue toutes les manifestations multiples de la dothiéntérie.

Parmi les symptômes de la maladie, ceux-là nous arrêteront, surtout qui ont été, dans ces derniers temps, l'objet d'études spéciales.

Nous ne comprendrons pas davantage, dans notre travail, le caractère épidémique de la fièvre typhoïde, qui, dans ces conditions, marche toujours avec une allure plus meurtrière.

Nous commencerons donc par le symptôme capital de la dothiéntérie, la fièvre, pour fixer les bases du pronostic.

Liebermeister est très explicite lorsqu'il dit : « parmi les symptômes du typhus abdominal, la fièvre, par les phénomènes qui la constituent et les conséquences immédiates qu'elle entraîne, se place au premier rang, et, plus que tous les autres, est de nature à donner la mesure du pronostic ».

En effet, la fièvre constitue l'élément primordial de la dothiéntérie ; son évolution avec des périodes successives de progrès d'état et de déclin tout à fait spéciales dans leur mode, leur durée, leur succession, fournit des indications précieuses pour la terminaison de la maladie. L'intensité et la durée du mouvement fébrile sont les deux termes qui permettent le mieux d'apprécier la

gravité d'un cas donné, de sorte que l'on pourrait classer les formes malignes, moyennes et bénignes sous les titres de formes hyperpyrétiques, pyrétiques simples et apyrétiques ; nous savons que d'ordinaire, dans les formes régulières, et moyennement intenses, la température subit des modifications semblables et réparties en quatre périodes qui correspondent, à peu près, aux quatre septénaires classiques; «Jaccoud dit, à son tour, que le vrai criterium quant au pronostic, c'est la marche insolite de la fièvre qui atteint trop tôt les degrés élevés, qui dépasse ensuite le maximum ordinaire et qui arrive, par une ascension continuelle, à un chiffre dont la persistance est incompatible avec la vie».

Griesinger, dans son *Traité des maladies infectieuses*, ajoute une grande importance à la thermométrie, dans la fièvre typhoïde ; d'après cet auteur, les variations de la température ont une grande valeur au point de vue du pronostic.

Voici la description qu'il nous donne d'une forme grave, sans complications spéciales : « La marche est très intense, tumultueuse, avec un développement précoce de tous les symptômes typhoïdes au grand complet ; après des prodromes courts et modérés, une *fièvre intense* s'établit, le pouls est plein, rapide, dicrote, la chaleur de la peau est considérable, les phénomènes de congestion céphalique sont très accentués, le délire survient dès le début ainsi que des épistaxis abondantes et répétées ; du quatrième au cinquième jour, on remarque, chez le malade, une prostration extrême, les muscles sont durs et tremblent, la langue est complètement sèche, le météorisme est considérable, de même que la stupeur et l'apathie ; les conjonctives sont injectées, les pupilles rétrécies, l'urine fortement albumineuse, la diarrhée inconsciente, les tremblements musculaires intenses et généraux offrent une véritable carphologie ».

Certainement un cas de ce genre est presque toujours mortel. C'est ce qui a permis à Griesinger de formuler les propositions suivantes : une température de 39°, 40° le matin, de 40°, 5-4 1° le

soir, pendant la deuxième semaine avec exacerbation du soir, se prolongeant longtemps, indique un cas grave.

Au contraire, le cas serait léger lorsque la température du soir de la deuxième moitié de la seconde semaine ne dépasse pas 39°,5, avec diminution notable le matin.

En outre, le stade d'apogée (troisième semaine) se continue pour les cas graves.

C'est un fait expérimental bien accusé que les complications et les accidents graves de la fièvre typhoïde se développent d'autant plus fréquemment que l'étude des variations de la température a déjà établi auparavant la gravité de la maladie.

Toutefois à côté de la fièvre, on doit noter l'accélération du pouls qui, comme nous allons le voir, a une valeur pronostique indiscutable.

Le pouls de la fièvre typhoïde bénigne est relativement lent et ne dépasse pas, en général, 80 ou 100 pulsations par minute, même avec une température élevée. Ainsi Bernheim a pu voir évoluer avec la plus grande régularité et sans accidents, une dothiéntérie dans laquelle la température avait atteint 41°, tandis que les pulsations radiales n'avaient pas dépassé le chiffre de 70.

Mais, quand on arrive à compter 115 à 120 pulsations à la minute, l'accélération cardiaque est suspecte et le pronostic doit être très réservé ; nous n'en voulons pour preuve que la statistique suivante, due à Murchinson : sur trente cas où il a constaté que le pouls n'avait pas dépassé 110 pulsations, il y eut 30 guérisons.

Sur 70, où le chiffre s'est élevé au-dessus de 110, il y eut 21 décès (mortalité 30 0/0). Sur 32, où il y eut plus de 120 pulsations à la minute, il fut noté 15 morts (mortalité 47 0/0).

Sur 25 cas au-dessus de 130, il y eut 13 morts (mortalité 52 0/0).

Sur 10 cas au-dessus de 140 pulsations, on eut six décès (mortalité 60 0/0).

Il est facile de voir, d'après cette statistique, que la gravité de la fièvre typhoïde suit une progression croissante avec l'accélération du pouls. Ce fait essentiellement clinique nous démontre qu'il ne faut jamais négliger de tâter le pouls d'un typhique et qu'on ne doit pas toujours s'en tenir à la constatation du chiffre thermique.

Ce fait témoigne aussi contre la doctrine allemande sur l'hyperthermie, et nous croyons être plus conformes à la clinique en opposant à la phrase de Griesinger : « la fièvre domine la situation », celle de M. Guéneau de Mussy : « l'hyperthermie est la mesure et non la cause de la gravité ».

Lorsque, après avoir constaté cette tachycardie, on trouve le rythme foetal des bruits du cœur, en auscultant le malade, le pronostic est presque toujours inexorable.

C'est un symptôme sur lequel Huchard a, un des premiers, appelé l'attention des médecins, et qu'il a, lui-même baptisé du nom d'embryocardie; qu'il nous soit permis, à ce propos, de reproduire ci-dessous, une observation de Huchard, relatée dans la *Semaine médicale* (mai 1888, pag. 186) :

« Un jeune homme de 19 ans est entré le 3 février 1888, à l'hôpital Bichat, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde à son début; déjà les tâches rosées apparaissent sur l'abdomen, et, d'après les renseignements obtenus, nous avons pu établir que l'affection était arrivée à son sixième jour; dès l'entrée du malade dans nos salles, j'ai formulé un pronostic extrêmement grave, cependant la fièvre était peu intense, la température ne dépassait pas le chiffre de 39°,2; les symptômes du côté du thorax, de l'abdomen et du système nerveux étaient à peine accusés; et, si l'état de sécheresse de la langue et un léger ballonnement du ventre commandaient déjà, par eux-mêmes, une certaine réserve pour l'avenir du malade, ils ne nous permettaient pas encore la certitude d'une mort prochaine; mais, ce qui m'avait permis, douze jours avant le dénouement fatal, de for-

muler un pronostic très grave et même mortel, c'était l'existence simultanée de deux signes très importants : l'accélération du pouls et la tendance des bruits du cœur à prendre le rythme foetal ».

Ce signe est donc l'avant-coureur d'un présage funeste¹ ; d'ailleurs, le cœur d'un typhique doit, en toute circonstance, occuper l'esprit du médecin ; cet organe central est malheureusement trop souvent lésé dans sa constitution intime, comme nous le verrons dans le chapitre second, par le poison, cause de la maladie, de sorte que, même pour la dothiéntérie, on peut dire que dans un grand nombre de cas « le danger est au cœur ».

Il existe aussi, dans l'économie, un appareil très important dont l'altération, dans ses fonctions, peut conduire au tombeau un malade atteint de fièvre typhoïde ; nous voulons parler du filtre rénal, chargé d'éliminer toutes les toxines d'un organisme infecté ; comme un grand nombre d'auteurs l'ont parfaitement démontré, nous savons, à l'heure actuelle, qu'il n'est pas rare de voir de l'albumine apparaître dans l'urine d'un typhique ; cet élément, ajouté aux précédents, peut nous fournir également des indications précises au sujet du pronostic (Il va de soi que nous ne parlons pas des individus pouvant être brightiques avant leur fièvre typhoïde).

M. Petit, dans sa thèse inaugurale (Lyon, 1881), rapporte cinq observations de Legroux et Hanot, et un grand nombre de faits personnels sur lesquels il se base pour établir une corrélation entre l'albuminurie tardive, la néphrite et la mort, chez les typhiques.

En général, l'apparition de l'albumine au début de la dothiéntérie n'entraîne pas, après elle, des troubles graves, cela se réduit à un simple trouble fonctionnel, très probablement dû

¹ Il a été très net dans le cas qui fait le sujet de l'observation III, au second chapitre.

à l'irritation du bacille d'Eberth sur l'épithélium rénal ; c'est celle qui survient au second septénaire, ou même à la fin du premier, et provenant d'un état dyscrasique du sang, de la congestion rénale, et pouvant aller jusqu'à la néphrite catarrhale des tubes de Bellini ; c'est l'albuminurie que l'on rencontre dans un grand nombre de maladies aiguës, depuis la pneumonie jusqu'à la scarlatine et la variole.

Mais, il y a, à côté de cette forme, l'albuminurie tardive ; ici, il n'est plus question d'un trouble circulatoire mais d'une véritable lésion anatomique du rein, c'est la néphrite typhoïde, qui, bien que rare, si on la compare à la néphrite scarlatineuse, n'en existe pas moins, et elle est l'expression d'une néphrite habituellement mortelle, au même titre que la broncho-pneumonie et la méningite ; elle donne une gravité toute particulière au pronostic, qui est d'autant plus grave, comme l'a dit Hardy, qu'il y a, non seulement danger pour le présent, mais menace pour l'avenir.

A côté de l'appareil rénal, il convient de placer un système glandulaire spécial qui, comme le rein, sert d'émonctoire à l'économie, et dont l'excrétion a été regardée par un grand nombre d'auteurs, comme pouvant jouer un rôle assez considérable dans le chapitre du pronostic : nous avons nommé les glandes sudoripares.

Les anciens avaient merveilleusement étudié ces sueurs ; au moment d'une crise favorable, disaient-ils, les fonctions cutanées se modifient brusquement ; la peau, qui pendant l'évolution fébrile, était restée sèche et brûlante, devient fraîche, souple, moite, puis baignée de sueurs.

Ces sueurs critiques avaient été très bien distinguées par nos pères, des sueurs froides et visqueuses, toujours de mauvais augure et qui préludent souvent au collapsus et à l'agonie.

Or, ils avaient remarqué que ces sueurs agoniques ne s'accompagnaient jamais de miliaire ou de sudamina, tandis que ces éruptions étaient fréquemment liées aux sueurs critiques.

Ils en avaient conclu que, dans bien des cas, les éruptions sudorales étaient l'indice d'une crise, imminente et favorable.

Aujourd'hui, il est établi que, comme le rein, la glande sudoripare est un émonctoire dépurateur, aussi bien à l'état normal que pathologique.

Les indications que l'on peut tirer de tout cela doivent être basées sur l'époque d'apparition des sudamina et de la miliaire.

Si nous consultons certains auteurs, nous voyons que les avis sont partagés à ce sujet.

D'après Jaccoud, les sudamina se montrent en même temps que les tâches rosées lenticulaires, vers le huitième jour, et, en raison même de leur genèse, elles n'ont aucune signification particulière.

D'après G. Homolle, au contraire, les sudamina apparaissent après le deuxième septénaire, au moment des grandes oscillations thermiques.

Nous voilà, par conséquent, en face de deux opinions, dont l'une admet les éruptions sudorales au début du deuxième septénaire, et l'autre à la fin de la seconde semaine.

Or, il résulte de l'observation de typhiques que ces deux opinions sont également vraies ; tantôt les éruptions sudorales apparaissent le huitième jour, tantôt après le quinzième.

Au point de vue qui nous occupe, cette distinction a une importance capitale.

Si nous consultons les observations de Hanot (*Revue de Médecine*, 1881), nous voyons que, chez un malade atteint de fièvre typhoïde, les éruptions sudorales qui surviennent au huitième jour de la maladie n'ont aucune valeur pronostique, tandis que celles qui apparaissent tard sont d'un excellent augure, parce qu'elles annoncent une convalescence franche.

Celles-ci constituent donc une des expressions de la crise, c'est-à-dire, de l'ensemble des circonstances qui font que, à un

moment donné, le microbe pathogène cesse de vivre ou d'influencer l'organisme.

A. Chauffard, de Paris, dans la *France Médicale* de 1883, a apporté quelques éléments à la solution du problème si délicat du pronostic de la fièvre typhoïde, que nous avons cru devoir signaler dans ce travail.

Il avait voulu aussi savoir si certains phénomènes ne pourraient pas être élevés à la hauteur de signes de convalescence franche.

Il a cru trouver dans les abcès multiples et la polyurie les éléments d'un pronostic favorable.

Ce sont là effectivement de bons signes; bien que leur constatation ne soit pas toujours très facile, ils doivent cependant entrer en ligne de compte lorsqu'on cherche à établir le pronostic.

En parlant des fonctions cutanées, nous ne pouvons passer sous silence l'exanthème ou roséole typhoïde : des assertions contradictoires ont été émises touchant le rapport qui existe entre l'abondance de l'éruption des tâches rosées lenticulaires et la gravité de la maladie.

Trousseau, dans ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, insiste sur la valeur de cette éruption.

« Leur abondance, dit-il, leur persistance, coïncident généralement avec une gravité plus grande, ou pour mieux dire, avec une durée plus longue de la maladie ».

Il rapporte de nombreux cas où l'éruption confluyente a coïncidé avec une fièvre typhoïde grave, et d'autres où l'éruption discrète a accompagné une dothiéntérie légère.

Il ajoute :

« Cette coïncidence que je signale entre la confluence des tâches rosées et la gravité de la maladie, n'a été nulle part plus évidente, que, lorsque l'éruption, après avoir complètement disparu, se montrait de nouveau et quelquefois à plusieurs reprises successives ; en même temps que nous voyons de nouvelles tâches

apparaître, souvent plus nombreuses qu'auparavant, nous voyons aussi les symptômes généraux de la maladie prendre une nouvelle intensité ».

La plupart des auteurs ne partagent pas cette manière de voir, d'après ces derniers, la confluence des taches rosées n'a aucune valeur pronostique.

Jaccoud dit même, dans son *Traité de Pathologie*, que la confluence de l'éruption est un gage de la bénignité de la maladie.

« Pour moi, je n'hésite pas à formuler la proposition suivante: la fièvre typhoïde est d'autant moins grave, ou pour dire plus exactement, elle aboutit d'autant plus sûrement à la guérison que la roséole est plus abondante ». (Jaccoud, *Pathologie interne*, vol. 3 pag. 751).

S'il nous est permis d'émettre notre opinion, nous croyons que les taches rosées lenticulaires n'ont pas une grande valeur pronostique.

Dans le courant de nos études, nous avons toujours entendu dire à nos maîtres, auprès des typhiques assez nombreux que nous avons pu observer dans les hôpitaux, que la roséole typhoïde ne pouvait guère fournir au médecin un élément de pronostic.

Après tout ce que nous venons de passer en revue, dans les pages précédentes, nous croyons devoir mentionner, parmi les manifestations de la dothiéntérie, les troubles nerveux qui occupent, dans cette affection, une place considérable.

Il est rare que les symptômes nerveux graves surviennent avant la deuxième semaine, ils tardent souvent jusqu'au moment où les premiers signes d'une convalescence trompeuse se sont montrés; ce sont alors les soubresauts, le mâchonnement, la dilatation pupillaire.

Il paraîtrait que la gravité des troubles nerveux serait subordonnée à l'élévation colossale de la température, surtout chez les habitués aux excès alcooliques.

D'après Petit, Serres et Chomel, lorsque le délire survient dès le début et avec une grande violence, on doit le regarder comme d'un très fâcheux augure ; il est, en général moins dangereux, lorsqu'il apparaît au milieu ou à la fin de la seconde période, toutefois lorsqu'il atteint assez de violence pour qu'on soit obligé de mettre la camisole de force au malade, il est très souvent l'annonce d'une mort prochaine.

La perversion de l'intelligence qui faisait dire à un malade de Louis, au milieu des accidents les plus graves, qu'il était bien, a été signalée depuis longtemps par les pathologistes ; elle est, de coutume, le signe précurseur d'une issue fatale.

Les mouvements spasmodiques de la face et des membres accompagnés de raideur permanente ont également une grande importance ; Louis ne les a observés dans aucun des cas terminés par le retour à la santé. Il en fait presque une loi.

Parmi les phénomènes qui se passent du côté du tube digestif, comme le dit Chomel, dans ses leçons de Clinique médicale, la diarrhée et les évacuations involontaires sont encore un signe d'une extrême gravité, parce qu'elles indiquent une lésion profonde de l'économie.

Louis n'admet point l'importance qu'accorde Chomel aux selles involontaires et à la diarrhée, en se basant sur ce fait que, sur 30 sujets ayant présenté ce caractère, 16 seulement ont succombé.

Il n'en est pas de même des hémorrhagies intestinales, qui sont un des symptômes les plus graves de la maladie ; Chomel cite sept observations de ce genre, il y eut 6 morts ; cet accident est fâcheux, non pas tant par l'effet immédiat de la perte de sang, mais par la faiblesse dont les hémorrhagies prolongées sont la conséquence.

Certains auteurs ont regardé celles-ci ainsi que les épistaxis, qui sont si fréquentes dans l'affection typhoïde, comme une sorte d'émonctoire qui débarrasserait l'organisme d'une quantité de

sang superflu ; cette opinion, qui serait donc en faveur d'un pronostic heureux, ne paraît pas avoir une grande valeur, et nous la citons pour ce qu'elle vaut.

Nous ne ferons qu'é mentionner le météorisme que l'on rencontre dans les formes graves, Louis rapporte que la mort est survenue 34 fois sur 46 observations ; nous croyons, avec cet auteur, que le degré de météorisme offre plus de gravité que sa fréquence.

Forget, de Strasbourg, nous dit, dans son *Traité de l'entérite folliculeuse*, qu'il a été frappé de la promptitude avec laquelle étaient moissonnés des individus de riche constitution ; Chomel partage cette opinion qui semble paradoxale, et, se basant sur cinq observations de sujets débilités antérieurement à l'atteinte de la fièvre typhoïde et parmi lesquels un seul a succombé, il conclut ce qui suit : « Il semblerait donc qu'un certain degré de faiblesse de l'économie ne serait point une condition défavorable ».

A la constitution se rattache l'état moral qui influe puissamment sur la terminaison de la maladie.

« Je n'ai vu survivre, dit Borsieri, aucun de ceux qui furent pris subitement de désespoir sans qu'aucun encouragement pût les calmer ».

Forget affirme aussi qu'il a observé plusieurs fois cette fatale influence de la terreur que tous les auteurs s'accordent à considérer comme une des plus fâcheuses complications des maladies graves. Maintenant que nous avons passé en revue la gravité des principaux symptômes de la fièvre typhoïde, pouvons-nous dire qu'il est permis au médecin de prédire une issue heureuse pendant la convalescence ?

Nous pensons qu'il est prudent de garder toujours une certaine réserve, car la dothiéntérie ne nous accorde que trop souvent de funestes surprises ; « Louis cite le cas d'une jeune dame de 20 ans, qui, après avoir éprouvé les symptômes les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, prenait depuis six jours des aliments légers, quand elle éprouva une émotion morale profonde ;

aussitôt la fièvre se rallume, les symptômes les plus graves reparaissent, et au bout de huit jours, la malade succomba».

Ainsi, vouloir se prononcer sur l'issue heureuse n'est pas moins incertain ; une perforation de l'intestin grêle peut toujours avoir lieu et emporter le malade très rapidement.

Il faut redouter aussi la mort subite, due, d'après le professeur Dieulafoy, de Paris, à une excitation réflexe, qui, partie de l'intestin, gagnerait le mésocéphale et les racines du nerf vague et des autres nerfs respirateurs.

En outre, l'appareil cardiaque, affaibli par une lutte trop longue, peut subir la même incrimination par suite d'une myocardite.

On doit se méfier de ces améliorations apparentes qu'on observe du jour au lendemain, du matin au soir, car elles font naître des espérances douloureusement déçues et peuvent entraîner des médications souvent dangereuses. Chomel fait remarquer, à juste titre, que, quand après une courte rémission des symptômes de l'affection typhoïde, on voit reparaître les accidents avec plus d'intensité qu'auparavant, le pronostic est très grave.

Si la dothiéntérie est si grave par elle-même, on peut concevoir ce qui doit résulter de certaines complications, qui si souvent viennent rembrunir le pronostic, telles sont la pneumonie, l'encéphalite, la péritonite.

Des symptômes presque inhérents à la fièvre typhoïde peuvent s'élever au degré de complication mortelle ; la bronchite et l'engouement pulmonaire en sont de frappants exemples.

Quant aux périodes, la première est rarement mortelle, le danger s'accroît dans la seconde et se prolonge, en s'aggravant, dans la troisième.

Le stade amphibole de Wunderlich est surtout très critique. Enfin, un autre élément de pronostic est certainement le mode de traitement mis en usage. Nous n'insisterons pas sur les diverses méthodes employées aujourd'hui et, en particulier sur la méthode balnéaire qui a apporté un appoint si grand à la thérapeutique

moderne; les avantages qu'elle nous a fournis, en nous venant d'outre-Rhin, ont été si bien décrits de nos jours, que nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de nous appesantir plus longuement sur ce sujet.

En résumé, après l'énumération symptomatologique que nous venons de faire, même à l'heure actuelle où la thérapeutique possède des armes assez puissantes pour nous permettre de lutter rigoureusement contre le germe pathogène des maladies infectieuses en général, nous croyons devoir conclure à un pronostic sérieux en face d'un typhique.

Nous ne devons pas oublier, en effet, que nous nous trouvons en présence d'un ennemi puissant, qui, tout en dirigeant ses attaques contre un organisme tout entier, même sous des apparences trompeuses, fait toujours des brèches importantes dans un des premiers rouages de l'économie, rouage qui entretient des relations étroites et graves avec tous les autres.

Ces brèches, une fois effectuées, durent d'autant plus longtemps qu'elles sont situées dans un tissu glanduleux et que leur réparation ne se fait qu'avec difficulté, à cause des substances irritantes qui passent de nécessité à leur surface, et du peu d'action que nous avons sur elles.

Nous devons nous rappeler aussi que la réserve à garder dans le pronostic n'est pas imposée seulement au médecin par le souci, légitime cependant, de sauvegarder sa situation professionnelle, au cas où la maladie tournerait mal, elle nous est dictée, avant tout, par l'humanité, puisque donner des espérances chimériques aux parents d'un malade voué à une mort prochaine, c'est rendre la douleur d'autant plus rude pour eux qu'ils y seront moins préparés. Elle est justifiée par l'affirmation du plus illustre des cliniciens, Hippocrate, qui a proclamé que le pronostic était la plus difficile partie de notre tâche.

CHAPITRE II

Du pronostic de la fièvre typhoïde associée à certaines maladies infectieuses et en particulier à la syphilis.

Malgré les assertions de plusieurs auteurs, qui ont essayé de prouver qu'il y avait antagonisme entre deux maladies infectieuses, il est parfaitement établi aujourd'hui qu'il peut y avoir coïncidence et que deux affections microbiennes sont susceptibles de faire de grands ravages dans le même organisme ; l'anatomie pathologique est venue confirmer l'exactitude de ce point important de bactériologie et a fait une lumière complète à ce sujet.

Qu'advient-il donc de cette coïncidence, au point de vue du Pronostic ? Celui-ci sera-t-il plus sombre que s'il n'était question que d'une maladie unique ? C'est ce que nous allons tâcher de démontrer dans les pages qui vont suivre.

Mais, comme, en clinique, les considérations théoriques n'ont de valeur qu'autant qu'elles sont d'accord avec l'observation, et que l'on ne doit en accepter les conclusions que si elles reposent sur des faits, nous avons cru bien faire de citer une observation de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguës combinées, dont l'issue a été fatale (Il existe deux autres observations de ce genre, de Babes et Kalindero, et Spillmann et Haushalter, nous regrettons de ne pouvoir les reproduire ici).

Cet exemple, très net et scientifiquement démontré d'association de germes pathogènes témoigne par lui-même de la gravité des lésions produites par les toxines des divers microbes qui semblent se réunir à dessein, pour détruire, à plus bref délai, le terrain sur lequel ils ont fait irruption.

Première Observation.

Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguës combinées, par le D^r G. SARDA, professeur agrégé à la Faculté de Médecine et le D^r VILLARD ancien interne des Hôpitaux de Montpellier (*Revue de Médecine*, 1893).

Le nommé B..., Pierre, 30 ans cordonnier à Bordeaux, actuellement soldat réserviste, au 2^e Génie, est entré le 14 septembre 1892, à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier, salle Laënnec, n^o 4, service de M. le professeur agrégé Sarda, suppléant M. le professeur Carrieu.

Comme antécédents héréditaires, nous notons que le père est mort, à l'âge de 42 ans, d'une affection pulmonaire aiguë, qui a duré huit jours et qui paraît avoir été une pneumonie. La mère vit encore et se porte bien.

Notre malade n'a jamais gardé le lit, il a joui jusqu'ici d'une bonne santé. Il est arrivé au 2^e génie le 22 août; il a commencé à se sentir fatigué dans les premiers jours de septembre; à cette époque, il eut de la céphalalgie, de la diarrhée et une anorexie presque absolue. Malgré cela, ses forces ne furent pas diminuées, et il put continuer son service. Mais, peu à peu, ces symptômes s'aggravèrent; il ressentit une fatigue générale de plus en plus accusée, du brisement des membres, et il dut entrer à l'infirmerie du régiment le 14 septembre; il fut renvoyé de suite à l'hôpital, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire. La température prise dans l'aisselle était de 39°,8 le soir de son entrée.

A la visite du matin, le 15 septembre, on note l'état suivant: le malade est assez amaigri; il est abattu, mais il répond très bien aux questions qu'on lui pose. Il a de la fièvre, 38°,6; la langue est sale, large, rouge sur les bords et à la pointe; le ventre est douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite, où l'on constate du gargouillement; il existe une diarrhée assez abondante.

On examine avec soin l'appareil respiratoire : à l'inspection du thorax, on trouve les creux sus et sous-claviculaires très prononcés ; rien de net à la percussion et à la palpation ; à l'auscultation, on perçoit des râles de bronchite surtout marqués au sommet et principalement au sommet droit ; le malade a peu de toux, peu d'expectoration, et n'a pas eu de point de côté, la température est de 38°,6, le matin, et 39°,9, le soir.

16 Septembre. L'état du malade reste stationnaire. La température reste toujours élevée : 38°,7, le matin et 39°,9 le soir.

17. La nuit a été assez mauvaise ; insomnie légère, révaseries. Ce matin, l'adynamie est plus prononcée que les jours précédents ; apparition de taches rosées ; les râles sibilants persistent toujours, surtout marqués au sommet droit ; la température est de 39°,1 le matin, et 39°,2 le soir ; on ordonne 2 gram. de naphtol en 8 cachets ; lait, eau vineuse, café au rhum.

18. Même état ; le malade a mal dormi, mais n'a pas eu de révaseries. Température 39°,4 le matin, et 39°,9 le soir.

19. La faiblesse et l'adynamie augmentent ; le malade dans le décubitus dorsal est dans la résolution. La diarrhée persiste toujours, les taches rosées sont nombreuses. Température 39°,3 le matin, et 39°,7 le soir.

20. La nuit a été assez bonne, notre patient a assez bien dormi ; ce matin il est cependant très fatigué, sa parole est brève, entrecoupée, son regard un peu vague, il a des vertiges quand il s'assied sur son lit ; le pouls est petit, irrégulier, quelques pulsations sont très faibles et semblent manquer ; les râles de bronchite se généralisent, mais ils sont surtout prononcés au sommet droit. Température 38°,9 le matin, et 38°,9 le soir.

On continue le naphtol, on donne en plus une potion avec 1 gram. de caféine.

21. Le malade a mal dormi, il a rêvé. Son abattement est toujours très grand, il a l'air hébété ; la langue est noire, sèche, rouge sur les bords, la diarrhée persiste, il a eu quatre selles

dans la nuit. A la percussion, on trouve un peu de matité au sommet, en arrière et à droite; à l'auscultation, on perçoit toujours des râles de bronchite généralisés, mais cette bronchite est surtout marquée au sommet droit; de plus, en ce point, la respiration est saccadée, pouls petit, avec quelques intermittences, raie méningitique. On continue le naphtol et la caféine. On ordonne, en plus, 1 gram. d'ergotine pour augmenter la tension artérielle; on place 6 ventouses en avant et 6 en arrière.

Le soir, l'abattement est plus prononcé que le matin; la respiration est difficile, il y a 40 inspirations à la minute; un peu de dépression de la fosse sous-sternale. La température est de 38°,2 le matin, 38°,8 le soir.

22. Même état; abattement très prononcé, diarrhée, la température est de 37°,6 le matin et 38°,1 le soir, le pouls à 92 le matin et 80 le soir.

23. La nuit a été mauvaise; le malade s'est levé plusieurs fois, il a déliré. Ce matin, le délire persiste encore, c'est un délire professionnel tranquille, sans cris, sans mouvements désordonnés, la diarrhée persiste toujours, la bronchite est généralisée, il y a de la matité au sommet droit, en arrière; la température est de 38°,1 le matin et de 38°,6 le soir; le pouls est à 112 le matin et 100 le soir.

On continue la même médication que les jours précédents; on place de la glace sur la tête.

24. La nuit a été calmée, quoiqu'il y ait eu de l'insomnie; le délire persiste toujours; c'est un délire très tranquille; l'abattement est toujours très grand; les yeux sont à demi fermés, sans expression; le pouls est régulier; il y a de la matité à droite et en arrière, au sommet; la bronchite est généralisée, mais surtout marquée à droite et principalement au sommet; la diarrhée n'a pas cessé. A 7 heures du soir, le malade est très mal et semble à l'agonie, le pouls est à 124, il est très petit; la respiration est excessivement pénible; on lui fait une injection de 0^{sr},50 de

caféine et on lui fait prendre une potion alcoolique avec 10 gram. d'acétate d'ammoniaque et XXX gouttes de liqueur d'Hoffmann. A 9 heures, il va un peu mieux ; la température est de 38°,2 le matin et de 38°,1 le soir ; le pouls a 104 le matin et le soir.

25. La nuit a été assez calme ; mais ce matin à 6 heures, il a eu un accès de délire très fort qui a duré jusqu'à 7 h. 1/4 ; il avait des mouvements désordonnés de tous les membres, qui n'étaient pas plus prononcés d'un côté que de l'autre ; il fallait plusieurs personnes pour le maintenir dans son lit. Ce matin, à la visite, il est dans la résolution complète, il ne répond pas, ne réagit presque pas ; les yeux sont hagards, l'auscultation est rendue très difficile à cause du peu d'amplitude de la respiration ; il y a toujours de la bronchite, les bruits du cœur n'offrent rien de particulier ; il y a eu des vomissements dans la matinée ; on continue le naphthol, la caféine et l'ergotine, on ordonne, en plus, 1 gram. de sulfate de quinine en potion, des sinapismes sur les membres inférieurs et un vésicatoire ammoniacal à la nuque.

A 1 heure de l'après-midi, le malade a une nouvelle crise semblable à celle de ce matin, sa face est grimaçante, il ouvre et ferme la bouche, sort la langue, se mord la lèvre inférieure. Les yeux sont ouverts et hagards ; les membres présentent des mouvements désordonnés et violents ; cet état dure une demi-heure environ, puis le calme revient. On ordonne alors de faire une friction à l'huile de croton sur la tête préalablement rasée. A 7 heures du soir, il a une nouvelle crise, elle présente tous les caractères de l'attaque épileptique, avec convulsions toniques d'abord, cloniques ensuite, respiration stertoreuse, face bleuâtre. La température a été de 37°,9 le matin et 38°,1 le soir ; le pouls a 112 le matin et 100 le soir.

26. A 7 heures du matin, l'interne du service va voir le malade ; il le trouve calme, sans connaissance ; au moment où il lui prend la main gauche pour lui tâter le pouls, une crise appa-

rait. Tout d'abord les membres se raidissent, les membres supérieurs, contracturés fortement, sont en demi-flexion, la face est grimaçante, les paupières plissées par la contraction de l'orbiculaire, les globes oculaires un peu tournés à droite. Cette phase tonique dure quelques instants et fait place à une phase de convulsions cloniques; tous les muscles sont contracturés et agités de mouvements convulsifs; la main gauche est fortement étendue sur l'avant-bras, la main droite fortement fléchie; la face est contracturée, cyanosée, agitée de mouvements grimaçants.

Les paupières sont baissées, mais en les entr'ouvrant on voit les globes oculaires convulsés en haut et les pupilles très dilatées des deux côtés; la commissure labiale droite est tirée un peu à droite et en bas; la respiration est rude, difficile, la face d'une couleur de plus en plus bleuâtre, on sent que le malade asphyxie. Cet état dure quelques secondes, puis disparaît progressivement. La respiration est en ce moment précipitée; puis, petit à petit, elle diminue d'intensité et de rudesse. Dans la matinée, le malade a des vomissements. La température est de 37°.9, le pouls à 112. On supprime la quinine; on continue le naphтол, la caféine et l'ergotine, on ordonne, en plus, 4 gram. d'iodure de potassium en potion, des frictions mercurielles sur l'abdomen et deux vésicatoires de 5 centim. carrés, sur les cuisses; tout cela dans le but de combattre les accidents méningitiques. Dans la journée, le malade a eu trois nouvelles crises semblables à celles du matin; le soir, il est toujours abattu; il va sous lui, mais il suit des yeux les personnes qui l'entourent; la face est en sueur; la raie méningitique existe toujours; pas de contractures; il y a 40 inspirations par minute; le pouls est à 112 le matin et 132 le soir; petit, mou, dépressible, mais régulier; la température est de 37°,9 le matin et 38°,9 le soir.

27. La nuit a été très mauvaise, le malade a eu plusieurs crises, mais moins fortes que les précédentes. Il est dans un état

de prostration très prononcé ; il ne réagit pas ; décubitus dorsal, bouche ouverte, lèvres sèches, dents fuligineuses, langue très sale, noirâtre, rôtie ; le regard est hébété, mais il suit des yeux ; quand on le presse de questions, il dit quelques mots ; sa parole est traînante, très embarrassée ; mais, en somme, la perte de connaissance est moins absolue que les jours précédents ; il va toujours sous lui ; il toussé un peu ; il y a de la matité en arrière et à droite, dans presque toute l'étendue du thorax ; on perçoit des râles sibilants et des sous-crépitations. Le soir, la prostration augmente ; sueurs généralisées. La température est de 39°,8 le matin et 40°,5 le soir ; le pouls est à 136 le matin et 152 le soir.

Dans la nuit, la respiration devient de plus en plus pénible et la mort survient à 4 heures du matin, sans nouvelle crise épileptiforme.

AUTOPSIE. — A notre grand étonnement, cette autopsie nous fit voir, à côté de lésions tuberculeuses manifestes, des lésions intestinales, rappelant sans doute ce qu'on voit dans la dothiéntérie, mais dont les caractères microscopiques étaient cependant insuffisants pour entraîner la conviction.

Voici, d'ailleurs, le procès-verbal de l'autopsie : Elle a été pratiquée le 29 septembre, vingt-neuf heures après la mort, par M. le professeur Kiener.

Poumons. — Les poumons sont volumineux avec emphysème généralisé et congestion hypostatique des parties déclives. Le sommet du poumon droit est un peu ratatiné et granuleux à la surface ; sur les coupes, on voit des agglomérations de fines granulations entourées de carnification. Entre ces foyers, le tissu pulmonaire est hyperhémie et emphysémateux. Il existe enfin quelques granulations tuberculeuses. Le poumon droit présente encore une adhérence large comme le creux de la main ; ces

adhérences celluluses sont faciles à déchirer, rougeâtres et parsemées de granulations tuberculeuses.

Cœur. — Il existe une symphise cardiaque complète, avec adhérences serrées sans tubercules apparents ; le cœur est dilaté en besace, mou et friable. Ses valvules aortiques montrent un épaissement scléreux de leur bord adhérent, et avec la loupe on distingue dans le bourrelet quelques nodules mal délimités, de nature indéterminée.

Abdomen. — L'épiploon, étendu au devant du paquet intestinal, adhère par son bord libre à plusieurs anses intestinales de la fosse iliaque droite. Cette portion de l'épiploon est vivement hyperhémiee et parsemée de très fines granulations tuberculeuses.

En découvrant la région iléo-cæcale, on voit que l'intestin grêle est vivement hyperhémie, rouge sombre sur une longueur de 1 mèt. à partir de la valvule. On reconnaît aussi que la paroi est épaisse, d'abord uniformément et ensuite par plaques isolées correspondant au siège des plaques de Peyer.

On distingue aisément un semis de granulations tuberculeuses péritonéales, formant des agglomérations au niveau des plaques de Peyer.

Les ganglions mésentériques de la région ont le volume de haricots ou de grosses lentilles, et une couleur rouge sombre, ils sont un peu mous, mais ne s'écrasent pas aisément ; sur le fond rouge sombre de la coupe, on ne distingue pas de granulations tuberculeuses.

Intestin grêle. — L'intestin grêle étant ouvert, on voit, sur une longueur de 1 mèt., à partir de la valvule, une série d'ulcères, de diverses dimensions, quelquefois confluent, à fond plat, à bords peu épais, quelquefois décollés ou déjà en voie de réparation ; nul vestige de tuberculose.

Plus loin, on voit sur les plaques de Peyer, des épaissements partiels jaunâtres, en voie d'ulcérations. Sur quelques-uns de ces ulcères, on distingue de petites agglomérations de tubercules miliaires. Plus loin encore, on observe des épaissements partiels et rougeâtres des plaques de Peyer, franchement composés de granulations grises. De pareilles agglomérations se voient aussi sur la muqueuse en dehors des plaques de Peyer, et ces lésions, de plus en plus rares, s'étendent cependant jusqu'au commencement du duodenum.

Rate. — La rate, augmentée de volume, pèse 210 gram. ; elle est assez lisse, assez ferme, rouge sombre, avec un léger gonflement des corpuscules de Malpighi.

Foie. — Le foie pèse 1,400 gram.; il présente de la dégénérescence graisseuse sans tubercules apparents.

Reins. — Les reins pèsent chacun 130 gram.; ils sont finement congestionnés, mais ne présentent pas de tubercules.

Cerveau. — Les méninges de la convexité et de la basé sont un peu épaissies et louches, mais on n'y distingue aucune granulation tuberculeuse. On n'en trouve pas davantage dans les scissures de sylvius, qui sont cependant hyperhémisées; il n'existe pas de ramollissement du corps calleux, ni de la voûte à trois piliers. Les ventricules latéraux ne renferment presque pas de liquide céphalo-rachidien, et ont leurs parois fermes.

En soulevant le bord supérieur du cervelet, on voit, sur le contour du plancher du quatrième ventricule, un bourrelet de pie-mère infiltré de granulations tuberculeuses, formant comme une petite corde. Sa portion avoisinante du cervelet est manifestement ramollie, mais ne renferme pas de tubercules.

Tel est le compte rendu détaillé de l'autopsie. On voit, en somme, qu'on peut le résumer ainsi : D'une part, tuberculose

aiguë évidente, d'après les localisations pulmonaires, péritonéales, intestinales et méningées, et, d'autre part, fièvre typhoïde probable, d'après les lésions des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques, de la rate.

Afin de lever tous les doutes, nous songeâmes à faire quelques recherches bactériologiques pour démontrer la présence du bacille d'Eberth. Ces recherches ont été faites par l'un de nous, sous la direction de M. le professeur Kiener, et ont été communiquées déjà à la Société de biologie (Kiener et Villard, — *Note sur un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées*. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1893, n° 1, pag. 14).

En ensemençant des parcelles de la rate, on obtient des cultures offrant tous les caractères du bacille d'Eberth ; d'autre part, nous avons vu, d'après le compte rendu des constatations nécropsiques, que la tuberculose était évidente, si évidente même que M. le professeur Kiener, qui pratiqua l'autopsie, jugea absolument inutile d'avoir recours à un examen histologique.

Il est donc permis d'affirmer qu'il y avait bien une combinaison de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë, c'est-à-dire, d'une de ces maladies proportionnées sur lesquelles MM. Kelsch et Kiener ont appelé l'attention dans leur « *Traité des maladies des pays chauds* ».

Cette association microbienne, si exactement démontrée et ayant été la cause de la mort du patient, est une preuve de plus en faveur du pronostic très sombre qui doit toujours exister dans des cas de ce genre.

De même que le bacille de Koch, le streptocoque, associé au bacille d'Eberth, acquiert un degré de virulence considérable.

Louis rapporte cinq observations de fièvre typhoïde compliquée d'érysipèle et les cinq malades ont succombé (Raynaud, *Dict. de méd. et de chir. prat.*).

Dans ce cas, les symptômes typhiques s'aggravent, le pouls

remonte, la diarrhée reparaît et les malades succombent dans la prostration.

Tandis que l'érysipèle est facilement toléré par les varioleux et les syphilitiques, puisque le professeur Fournier a même vu de fréquents érysipèles salutaires, c'est une complication redoutable dans la fièvre typhoïde.

« Dans la dothiéntérie, dit-il, cette complication implique toujours un grand danger, puisqu'elle constitue une nouvelle affection grave, entée pour ainsi dire, sur une première, déjà grave ».

Galliard prétend qu'il en est de même pour les agents du choléra et de la fièvre typhoïde; loin de s'exclure, ces deux bacilles peuvent parfaitement se préparer le terrain; il cite plusieurs observations de malades ayant présenté un état typhoïde assez caractéristique et indépendant des incidents propres au second septenaire du choléra.

Toujours le résultat a été funeste.

Ces faits sont intéressants, car ils semblent prouver ce que MM. Rendu et Chantemesse ont avancé sur la coexistence de plusieurs agents morbifiques chez le même individu.

Ils viennent à l'appui de ce fait que les manifestations des maladies infectieuses sont sollicitées par les *Loci minoris resistentiæ* préexistants.

Nul doute que la fièvre typhoïde est activée dans sa marche, par une maladie intercurrente comme celle que nous venons de citer.

Laennec, Monneret, Murchinson, Griesinger, Jaccoud, sont tous du même avis sous ce rapport.

Rien, en effet, ne prédispose à la néoplasie comme l'affaiblissement, d'où qu'il vienne.

Or, y a-t-il une maladie qui laisse l'organisme plus affaibli, dans une misère physiologique plus grande que la dothiéntérie? Hyperthermie et par conséquent combustions augmentées, prin-

cipes excrémentitiels en excès, diarrhée abondante, diète absolue ; ce qui prouve cette dénutrition, c'est la longueur de la convalescence des typhiques.

Il n'y a donc pas lieu de nous étonner si la mortalité est plus élevée. L'organisme, déjà en proie à une profonde adynamie, est épuisé par le poison typhique, et le patient, consumé par la fièvre, asphyxié par un sang mal hématosé, ne pouvant faire les frais d'une seconde affection qui vient se greffer sur la première, tombera bientôt dans un collapsus mortel.

La plupart des auteurs sont d'accord, aujourd'hui pour affirmer que, dans des conditions semblables, le pronostic doit être très sérieux, et très réservé.

Il en est peut-être autrement pour une maladie infectieuse, par excellence, la syphilis.

Ayant eu l'occasion de rencontrer dans le service de M. le professeur Grasset, deux *syphilitiques* atteints d'une fièvre typhoïde qui s'est terminée d'une façon bien différente dans les deux cas, nous nous sommes demandés si l'on ne pourrait pas expliquer cette divergence et si, suivant l'âge de la syphilis, il ne serait pas permis de fixer à l'avance un pronostic plus ou moins néfaste.

Nous insistons d'autant plus volontiers sur ce point intéressant que, parmi les associations microbiennes si souvent décrites, dans ces dernières années, celle de la syphilis et de la dothiéntérie n'a été que très rarement signalée jusqu'ici.

« La syphilis est un état de santé apparente interrompu, de temps à autre, par des invasions morbides peu durables, d'après la définition spirituelle de M. le professeur Fournier ».

Comme chez elle, « le présent n'est en rien le miroir de l'avenir », il est évident que telle forme bénigne viendra, après un long sommeil, par un coup formidable, terrasser *ex abrupto* sa victime.

Faut-il donc penser que le degré de virulence de l'agent pathogène de la syphilis est influencé par la coexistence d'une dothié-

mentérie, ou bien admettre que le bacille d'Eberth acquiert une plus grande malignité de ce qu'il arrive sur un terrain déjà affaibli et qui ne peut opposer beaucoup de résistance ?

Si les deux théories peuvent être vraies, la dernière semble nous captiver davantage.

« En effet, la vérole, a dit Ricard, est un branle-bas pour l'économie ; elle excite tous les germes organiques, ouvre la porte à toutes les susceptibilités morbides. »

Il est donc incontestable que les maladies internes peuvent ressentir l'influence de l'intoxication générale causée par la syphilis ; ce sont là des faits bien exceptionnels, à en juger par la rareté des observations vraiment concluantes ; aussi ne saurions-nous avoir la prétention de résoudre ce difficile problème ; notre but est surtout de le signaler à l'attention des observateurs.

La syphilis est une, comme on l'a dit à plusieurs reprises, mais, aucune maladie n'offre plus de diversité dans ses manifestations, dans le dommage qu'elle fait subir aux individus ; suivant les périodes de son développement, suivant le terrain qui l'a reçue, son influence se fera sentir grave ou bénigne, durable ou éphémère.

Cette débilitation syphilitique, est surtout grave, par ses conséquences indirectes ; ce qui la rend réellement dangereuse, c'est qu'en raison des troubles fonctionnels qu'elle détermine, de la dépression qu'elle produit sur l'organisme, elle diminue la résistance de l'individu aux causes morbifiques qui peuvent l'atteindre, ouvre la porte aux agents pathogènes, qui trouveront là un terrain tout préparé pour leur développement ; Fournier a parfaitement remarqué, d'une façon peu douteuse, cette influence défavorable, même pernicieuse, de la diathèse sur l'évolution de certaines maladies intercurrentes.

Qu'une dothiéntérie incidente surprenne le malade dans cet état de débilitation, l'économie pourra-t-elle soutenir la lutte ?

Observation II.

Due à l'obligeance de M. Mocquot, Interne des Hôpitaux de Montpellier.

R..., Marie, artiste lyrique, âgée de 25 ans, entrée le 28 août 1895, dans le service de M. le professeur Grasset, salle Bichat, n° 8, présente comme antécédents héréditaires : père mort à 42 ans, rhumatisme ? Mère souffre de douleurs rhumatismales. Oncle, côté maternel, mort de paralysie générale progressive.

Antécédents personnels. — A l'âge de 5 ans, rhumatisme articulaire aigu ; un an avant son entrée à l'hôpital, accidents syphilitiques primaires ; n'a commencé à se traiter que depuis le mois d'avril dernier ; pas d'éthylisme.

Cette malade présente, à son entrée à l'hôpital, le tableau clinique suivant :

Paraplégie à type flaccide, à prédominance dans le membre inférieur droit avec atrophie musculaire assez marquée ; réflexes diminués ; sensibilité normale ; miction et défécation normales ; pas d'eschares ; on conclut à une myélite syphilitique, et on ordonne un traitement énergique consistant en frictions mercurielles et iodure de potassium à dose progressive et élevée.

La malade contracte dans le service, quatre mois après son entrée, une fièvre typhoïde dont nous allons décrire le cours.

Le début a été très insidieux, d'une durée d'une huitaine de jours ; elle présentait comme symptômes : une céphalée, surtout frontale et continue, de l'inappétence, quelques épistaxis ; selles normales.

Le vendredi 10 janvier 1896, elle se plaint de frissons, d'une céphalée augmentant de plus en plus et d'une perte complète de l'appétit ; le ventre n'est ni douloureux, ni ballonné ; règles depuis la veille ; langue saburrale ; temp. 39°.

On met la malade au régime lacté et on ordonne un purgatif.

11. Langue sèche, saburrale, rouge sur les bords ; ventre un peu tendu ; pas de taches rosées, une douleur très légère dans la fosse iliaque droite ; le purgatif a produit quatre selles diarrhéiques ; nuit bonne ; céphalées moins intenses ; bruits du cœur normaux ; le pouls à 104, temp. 39°,2 le matin, 40° le soir. La malade ne tousse pas, ne crache pas, rien au poumon ; on ordonne deux bains de 10 minutes chacun, à 30°.

12. Langue sèche, rouge sur les bords ; quelques fuliginosités ; ventre ballonné ; fosse iliaque droite toujours douloureuse ; deux selles diarrhéiques ; céphalées assez intenses ; temp. 39°,3 le matin, 40° le soir ; pouls à 100 ; bruits du cœur normaux ; rien au poumon.

14. Langue sèche, rouge sur les bords ; les deux fosses iliaques sont douloureuses ; pas de gargouillement, quelques taches rosées ; la malade n'est pas allée du corps depuis l'avant-veille ; temp. 38°,6 le matin et 39°,5 le soir ; pouls à 104 ; mou, dépressible ; tendance à l'embryocardie ; on ordonne deux lavements de caféine de 0^{gr},50 centigr. chaque et trois bains à 28°.

15. Vomissements nombreux dans la nuit ; selles diarrhéiques abondantes, quelques taches rosées, principalement à la base du thorax ; la douleur dans les fosses iliaques est moins intense ; temp. 38°,3 le matin et 38°,9 le soir ; pouls 116, mou. Embryocardie ; on continue le même traitement.

17. Selles diarrhéiques abondantes ; les taches rosées tendent à disparaître ; temp. 38°,4 le matin et 39°,2 le soir ; pouls 110, petit, dépressible ; toujours embryocardie ; même traitement.

18. L'embryocardie tend à disparaître ; temp. 38°,1 le matin et 38°,9 le soir ; pouls 100, moins dépressible ; même traitement.

20. Vomissements nombreux ; une seule selle diarrhéique très abondante ; quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite ; pas d'embryocardie ; temp. 37°,9 le matin et 38°,5 le soir ; pouls 100.

21. Selles sanguinolentes ; l'état général de la malade est néanmoins assez bon ; temp. $37^{\circ},7$ le matin et $38^{\circ},5$ le soir ; pouls 95 ; bruits du cœur normaux.

22, 23, 24 et 25. La malade va de mieux en mieux ; la température décroît $37^{\circ},1$ et $37^{\circ},3$ le soir ; les bruits du cœur sont normaux.

29. La malade commet une imprudence ; nouvelle ascension de la température $37^{\circ},9$ le matin et $38^{\circ},7$ le soir, les symptômes intestinaux réapparaissent ; douleurs et gargouillements dans les fosses iliaques ; céphalées intenses ; la malade est très affectée ; ces symptômes durent pendant 3 ou 4 jours ; on ordonne trois bains par jour à 28° ; la température décroît ; la malade va de mieux en mieux et rentre de nouveau en convalescence, vers le 6 à 7 février.

L'alimentation est commencée à partir de cette époque.

Sa convalescence s'effectua dans de bonnes conditions et fut de courte durée.

Observation III.

Due à l'obligeance de MM. le D^r VEDEL, chef de clinique médicale et Mocquot, interne des Hôpitaux.

Un malade entre dans le service de M. le professeur Grasset, avec une syphilis datant de deux ans.

Voici ce qui nous est rapporté sur l'état du malade, pendant les quelques jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital :

Il venait de reprendre son traitement d'une façon intensive, mais il continuait néanmoins à faire des excès.

Au début, symptômes de courbature généralisée, céphalée, rachialgie, pas d'épistaxis ; pas de diarrhée ; pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite ; pas de toux ; expectoration

insignifiante ; on diagnostiqua une grippe et on ordonna une potion à l'antipyrine.

Le lendemain, mêmes symptômes ; la nuit avait été calme ; à noter cependant des sueurs abondantes, même traitement.

Le troisième jour, le malade est en proie à une grande agitation ; pas d'épistaxis, pas de vomissements, quelques râles de bronchites disséminés ; en plus de la potion à l'antipyrine, on ordonne un bain tiède.

Le quatrième jour, 28 novembre 1895, envoi à l'hôpital. Le soir de cette même journée, céphalée très intense ; agitation extrême ; délire, carphologie ; douleurs dans les fosses iliaques ; selles diarrhéiques ; Temp. 39°.7, Pouls 80, petit, dépressible, bruits du cœur normaux, on diagnostique une fièvre typhoïde.

Le 9 novembre, les symptômes ataxiques augmentent ; délire très intense ; les périodes d'agitation sont remplacées de temps en temps, dans la journée, par une adynamie profonde. Le malade reconnaît les parents qui sont venus le voir. Comme symptômes intestinaux, on constate des selles diarrhéiques, de la douleur dans les fosses iliaques ; la langue est très sèche, rôtie, rouge sur les bords ; le malade tousse de temps à autre ; peu de crachats, quelques râles bronchiques, pouls à 90, petit, mou, irrégulier. Embryocardie. Les températures sont toujours très élevées et oscillent entre 39°,5 et 40°.

On ordonne des cachets de benzo-naphtol et quatre bains d'une durée de dix minutes, à température décroissante allant de 30° à 25°. Injections de caféine.

30. Les symptômes nerveux prédominent ; le malade est très abattu, somnolent, répond très lentement aux questions qui lui sont posées.

Les symptômes intestinaux sont identiques.

Pouls à 110, toujours très petit et dépressible ; au cœur on constate une embryocardie complète.

La température s'élève toujours, le malade présente le soir une température de $40^{\circ},2$; même traitement.

1^{er} décembre. La température du malade n'est descendue que d'un demi-degré. Le malade se plaint de ressentir une chaleur extrême et cherche à chaque instant à se découvrir. L'adynamie, quoique moins profonde que la veille, est néanmoins considérable. Le pouls à 110. Au cœur embryocardie complète. Le malade n'est pas allé du corps depuis la veille. Douleur à la pression dans les fosses iliaques. Langue toujours rôtie, très sèche. Les urines sont rares et très troubles.

La toux a diminué, pas de dyspnée, pas de crachats. Même traitement et lavement glycérimé.

2. Mêmes symptômes que la veille ; adynamie de plus en plus profonde. Temp. $39^{\circ},5$ le matin, et $40^{\circ},1$ le soir.

Même traitement.

3. Le malade ne reconnaît pas les gens qui l'environnent ; le délire est très intense et l'agitation extrême. Le pouls est très petit, dicrote, irrégulier, dépressible. Au cœur, embryocardie complète. Symptômes intestinaux identiques. Temp. $40^{\circ},5$. Le malade meurt dans la soirée.

Par suite de ces deux observations, nous voyons que, si dans un cas il y a eu guérison, dans le second, la terminaison a été fatale ; nous tâcherons d'expliquer dans un instant le pourquoi.

Mais tout d'abord, écoutons ce que nous dit, à ce propos, M. Dujardin-Baumetz. (Préface dans la *Thérapeutique antiseptique* du Dr Trouassart).

«A l'hôpital Cochin, j'avais été déjà frappé de ce fait ; c'est que les malades atteints de fièvre typhoïde qui venaient de l'hôpital voisin, l'hôpital du Midi, et qui avaient subi, dans ce dernier hôpital, un traitement mercuriel extrêmement rigoureux, présentaient des formes extraordinairement graves de la fièvre typhoïde, et cela, à ce point, que tous ou presque tous succombaient.

Ainsi donc, voilà des malades dont l'économie est imprégnée de la substance la plus antiseptique connue, le sublimé, qui théoriquement devraient résister mieux que d'autres aux atteintes du bacille de la fièvre typhoïde et qui, au contraire, par la dépression générale de l'organisme présentent une proie facile à la dothiéntérie».

Plenk écrit aussi que toute complication fébrile de la syphilis est fatale : *Si febris inflammatoria, biliosa vel putrida venereum prehendat, tunc ille raro evadit.*

Mais la fièvre typhoïde est également signalée comme jouissant d'une influence palliative sur la vérole ; Diday a publié, en 1872, un travail important à ce sujet dans lequel il cite deux cas de prolongation inusitée de l'incubation secondaire, jusqu'à 120 et 160 jours.

Le Dr Julien, de Paris (*Semaine médicale*, 1885) rapporte l'observation d'un jeune homme qui portait un chancre syphilitique dont l'incubation remontait à 90 jours ; il en trouve la cause dans l'état fébrile.

« Wratsch nous dit qu'un soldat, âgé de 27 ans, atteint depuis une année de syphilis de la peau et des muqueuses, avec ulcération du pharynx et adénopathie cervicale, fut traité par les préparations mercurielles. A l'angle du maxillaire inférieur du côté droit, un ganglion persista assez volumineux ; le malade souffrait en outre de céphalée nocturne ; il fut pris sur ces entrefaites d'une fièvre typhoïde ; il s'écoula du ganglion une masse brune, collante, demi-liquide. Le malade guérit et n'a présenté depuis plusieurs années aucun accident spécifique».

Une maladie comme la dothiéntérie, qui donne lieu à une élévation soutenue de la température, exerce-t-elle une influence atténuatrice sur la syphilis ?

Est-il possible que l'hyperthermie puisse atteindre à un tel degré que le virus soit tué comme un microbe placé dans une température surchauffée ? c'est un champ d'hypothèses ; toutefois,

il nous semble que le bénéfice qu'en retire le malade est loin de compenser les dangers que cette hyperthermie lui fait courir, soit par elle-même, soit par la maladie dont cette température n'est qu'une des expressions.

Quoi qu'il en soit, dans nos deux dernières observations rien de tel n'a été observé. Si la terminaison a été différente dans l'une et l'autre observations, il faut, ce nous semble, en demander plutôt l'explication à l'âge de la vérole au moment où la fièvre typhoïde est survenue.

En effet, chez un des typhiques, la syphilis était arrivée à la période tertiaire, tandis que chez l'autre elle n'était qu'à la période secondaire.

En consultant les auteurs qui se sont occupés spécialement de syphiligraphie, nous voyons que ces deux périodes d'une même affection n'évoluent pas de la même façon.

Le pronostic de la dothiéntérie variera donc suivant que nous aurons affaire à telle ou telle lésion.

L'accident primitif, le chancre, est localisé au point même où s'est exercée la contagion. Les manifestations secondaires, au contraire, ont le privilège de se disséminer partout, dans tous les départements de l'organisme, à la surface comme dans la profondeur de l'être vivant et témoignent d'une infection générale.

Chez l'homme, l'éruption qui marque l'entrée dans le stade secondaire est accompagnée de quelques phénomènes habituellement légers (douleurs de tête, dans les membres, courbature, malaise, etc., etc.); n'est-ce pas là un tableau de maladie infectieuse ?

Chez la femme, ces phénomènes sont plus marqués; très souvent la céphalalgie est assez vive, surtout vers le soir; la courbature est fortement accusée, lassitude, brisement des membres, aptitude moindre au travail, inappétence, langueur vague qui étonne les malades; elles le traduisent en disant: « Je ne sais ce que j'ai, je me sens toute drôle, je sens quelque chose

d'extraordinaire en moi, je crois que je vais tomber malade. » Ce sentiment intime d'imminence morbide n'existe pas au même degré chez l'homme; chez celui-ci, les manifestations de la syphilis secondaire sont moins nombreuses, moins variées et moins intenses.

A une époque, on croyait que la syphilis secondaire allait de la périphérie au centre, c'est-à-dire, n'atteignait que la peau et les muqueuses, mais le professeur Fournier nous a montré que le syphilitique l'est d'emblée par tous ses organes, aussi bien en profondeur qu'en surface.

La syphilis secondaire crée donc un état de maladie, déprime les grandes fonctions, par l'intermédiaire probable du système nerveux; altère la crase du sang, en modifie la constitution, diminue la résistance vitale, exerce, en un mot, sur toute l'économie, une influence dépressive des plus manifestes.

D'après Fournier, la femme touchée par la syphilis, dans son état général, se présente sous l'un ou l'autre des deux aspects suivants : la chloro-anémie, l'asthénie.

Beaucoup de femmes deviennent chloro-anémiques à la période secondaire, avec la face pâle, ternie, plombée. Palpitations dans la marche, l'exercice, l'ascension des escaliers, etc... avec des signes stéthoscopiques parfois; en plus, troubles divers des fonctions digestives et désordres multiples et variés du côté du système nerveux.

L'asthénie n'est pas moins fréquente chez ces malades « qui paient de mine », comme elles disent, et chez lesquelles, les signes physiques sont trompeurs.

Elles se plaignent, cependant, d'une faiblesse générale, d'un accablement singulier dont elles ne peuvent s'expliquer la cause.

« Toujours fatiguées sans avoir rien fait ». Si, à l'hôpital, comme contrôle, on vient à apprécier leurs forces au dynamomètre, il y a une diminution considérable de leur puissance musculaire; c'est une asthénie profonde ressemblant à celles existant à la

suite d'hémorrhagies abondantes ou dans la convalescence des fièvres graves, ce qui témoigne, au plus haut point, d'une vitalité amoindrie et déprimée.

Ces deux formes d'état général s'associant peuvent prendre le masque d'une phthisie imminente. Il n'est pas jusqu'à la fièvre qui ne fasse son apparition, tandis que la chlorose est généralement apyrétique, l'anémie qui nous occupe coexiste avec des phénomènes fébriles non douteux. Et ce symptôme était connu des premiers syphiligraphes; nous le trouvons signalé par Jean de Vigo, lorsqu'il dit qu'« une petite fièvre vient parfois se surajouter à tous les autres maux causés par la vérole »; et Mathiolo (de Sienne) l'appelle: « Une petite fièvre, soit du mode tierce, soit du mode étique ». Les symptômes fébriles sont plus ou moins intenses (pouls oscillant entre 110 et 120 pulsations à la minute; température axillaire 38°,5, 39°, 39°,5).

Malaise fortement accentué dans le sens de l'adynamie, brisement des membres, accablement des forces, prostration véritable; troubles sympathiques plus marqués que d'habitude; langue un peu saburrale, soif, inappétence, état asthénique de toutes les fonctions, de tous les systèmes; pouls mou, dépressible, céphalalgie continue, étourdissements, vertiges, bourdonnements d'oreille; parfois même, hébétude intellectuelle, torpeur, somnolence.

Un tel ensemble ne rappelle-t-il pas quelques-uns des traits les plus saillants de la fièvre typhoïde? La première impression conduit, sans doute, à la dothiéntérie; aussi Fournier a-t-il donné à cet ensemble de symptômes le nom de typhose syphilitique.

Mais une secousse aussi violente ne laisse pas d'ébranler fortement l'organisme, dans lequel elle produit des troubles nutritifs proportionnés à la durée. De là, résulte un état d'atonie générale dont il est souvent difficile de relever les malades.

Fournier cite le cas de plusieurs femmes de son service, qui,

à la suite d'accès fébriles prolongés, restaient pendant plusieurs semaines pâles, affaiblies, excitables et chétives comme si elles avaient été affectées d'une longue maladie.

Ainsi nous voyons que cette manifestation de la syphilis secondaire atteint l'organisme tout entier.

En est-il de même pour la syphilis tertiaire ?

Celle-ci peut être grave par l'intensité, la gravité, la continuité de ses poussées, par la modalité ulcéralive de ses éruptions, par la tendance sclérosante des néoplasies diffuses qu'elle produira d'une façon plus ou moins constante, par ses fréquentes récidives, *in situ*, par les destructions auxquelles elles peuvent donner lieu ; mais, quel qu'en soit le nombre, ces accidents tertiaires, viscéraux comme cutanés, ont pour caractère distinctif, d'être discrets, circonscrits, isolés, cantonnés dans un certain point de l'économie ; ils peuvent, il est vrai, aboutir à des délabrements considérables, s'attaquer aux viscères et compromettre les fonctions les plus essentielles, les organes les plus indispensables à la vie.

Le danger de la vérole, à proprement parler, réside, d'une façon habituelle, dans la période tertiaire qui fournit à la syphilis une anatomie pathologique des plus complexes et des plus variées.

Toutefois, au point de vue qui nous occupe, la syphilis secondaire, dans le cas d'association microbienne, doit être considérée, comme plus grave que la syphilis tertiaire.

Si nous avons insisté un peu trop longtemps peut-être sur ce sujet, c'est afin de pouvoir mieux montrer, par la description que nous en avons donnée, que la période secondaire de la vérole met immédiatement les malades en imminence morbide pour toutes les maladies ou infections qui déciment l'humanité, parce qu'il y a toxémie.

De même qu'une graine venant à germer sur des terrains diffé-

rents se développe sur l'un avec exubérance et végète misérablement sur l'autre, de même le poison typhique, si l'on peut ainsi parler, doit produire des effets très inégaux suivant le milieu qu'il affecte.

Les deux observations que nous avons données plus haut en fournissent un bel exemple, puisque le malade atteint par la fièvre typhoïde, en pleine évolution secondaire de la syphilis, est mort, tandis que le second a survécu.

Il est même étonnant que, chez un sujet atteint de paraplégie comme celui qui a donné lieu à l'observation II, les troubles nerveux n'aient pas été plus considérables ; en effet, si la syphilis affectionne particulièrement le système nerveux, nous savons que dans la fièvre typhoïde, celui-ci est également très sidéré.

Les polynévrites avec leur triste cortège en sont souvent la conséquence.

Chez notre malade, rien de tout cela.

Peut-être, le traitement spécifique et énergique suivi depuis assez longtemps, par ces malades, en général, a-t-il une certaine influence qui n'existerait pas encore à la période secondaire, époque à laquelle les patients, ignorant encore, pour la plupart, l'affection dont ils sont porteurs, négligent les soins que leur état nécessiterait.

Nous ne pouvons résoudre cette importante question sur laquelle l'attention des cliniciens et des pathologistes mérite d'être attirée.

Cependant, certains auteurs, comme Birgansky et Klein, prétendent abonder dans ce sens, lorsqu'ils disent que le mercure augmente le nombre des globules rouges, quand il est bien toléré par le tube digestif, et qu'une amélioration sensible se produit à la fois de ce côté et dans l'état général.

Le contraire se produirait quand l'hydrargyre trouble les fonctions digestives.

Nous savons, en effet, que dans la syphilis, les globules blancs

deviennent notablement plus nombreux, surtout les globules blancs de petites dimensions et à un seul noyau ; il y a diminution, au contraire, des globules à noyaux multiples, et la richesse du sang en hémoglobine est affaiblie.

Or, celle-ci serait augmentée dans de très notables proportions, d'après Willbouchewitch et Galliard.

Klein, de Vienne, cite le cas d'une malade qui, au mois de novembre 1890, n'avait que 1,100,000 globules rouges ; le chiffre de l'hémoglobine s'était abaissé à 25. L'anémie durait depuis six mois.

A la suite de 55 frictions mercurielles, on compta 2,500,000 globules rouges, et le chiffre de l'hémoglobine put être fixé à 55.

La malade avait gagné 16 livres et repris ses forces.

A côté de cet effet bienfaisant de l'hydrargire, il faut noter son pouvoir antiseptique, le plus puissant que l'on connaisse, qui serait à même d'atténuer peut-être, à la longue, la virulence du bacille d'Eberth, chez un syphilitique.

Nous laissons à des autorités plus compétentes le soin de nous éclairer sur ce point intéressant.

En terminant, qu'il nous soit permis d'insister sur un appareil qui peut jouer un rôle très important dans l'évolution double de la syphilis et de la dothiéntérie et qui, selon les circonstances, peut fournir des éléments au pronostic ; c'est l'appareil circulatoire.

A. Siredey a publié dans la *Revue de médecine*, de 1887, de nombreuses observations de fièvre typhoïde avec localisations cardiaques ; l'artérite, après avoir été l'effet de la maladie, peut devenir, à son tour, cause de la maladie, en ce sens qu'elle provoque, détermine et engendre une série de lésions secondaires, qui, pour n'agir que lentement et lointainement, n'en sont pas moins subordonnées à la dothiéntérie.

Ces lésions dystrophiques sont plus fréquentes qu'on ne le croit.

Après le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre typhoïde est, de toutes les maladies infectieuses, celle qui paraît donner lieu le plus souvent aux déterminations angio-cardiaques, soit pendant le cours, soit au déclin de la maladie.

La syphilis est aussi une de ces maladies à processus endartérogène; elle peut aboutir à une localisation sur le cœur, sur cet organe à la fois de *major laboris* et de *minoris resistentiæ*.

Ces altérations de la fibre musculaire elle-même et du tissu interstitiel du cœur, avec lésions vasculaires, parfois si terribles et si bien étudiées par le professeur M. G. Hayem, sont donc fort à craindre dans une association de fièvre typhoïde et de syphilis et peuvent apporter une part de leur tribut à la mortalité générale.

L'obstruction des voies d'apport et de départ indispensables pour évacuer les déchets infectieux, doit être la goutte d'eau qui va faire déborder le vase.

Si dans les cas ordinaires, c'est un accident de médiocre gravité, on doit se souvenir cependant que presque toujours le cœur a été touché et que jamais peut-être, ne sera possible le retour *ad integrum*.

Pour le pronostic, qui nous intéresse avant tout dans ce Chapitre, le médecin doit donc compter avec certains épisodes tels que : intermittences, lipothymies, arythmies, souffles. Il doit avoir sans cesse présent à l'esprit que les réserves pronostiques s'imposent non seulement pour le présent, mais encore pour l'avenir du malade.

CONCLUSIONS

D'après tout ce que nous venons de voir, nous croyons qu'il est prudent de se tenir toujours dans une grande réserve, au sujet du pronostic de la fièvre typhoïde.

Notre indécision sera augmentée encore quand nous aurons affaire à une association microbienne.

Sommes-nous en présence d'une dothiéntérie chez un malade atteint de syphilis depuis quelques mois seulement, c'est-à-dire, en pleine période secondaire ? Nous devons considérer cette dothiéntérie comme très grave et pouvant amener une issue fatale ;

Le malade se trouve-t-il atteint de dothiéntérie au moment où la période secondaire est passée ? Il nous est permis de nous montrer plus affirmatif sur la terminaison favorable de la fièvre typhoïde ;

En un mot, nous n'oublierons pas combien le pronostic de la dothiéntérie repose sur des bases incertaines ;

Lasègue ne pensait pas autrement lorsqu'il a dit : « si j'avais à écrire un chapitre intitulé : « pronostic de la fièvre typhoïde, je n'écirais que le titre et je laisserais le reste en blanc ».

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses.
MURCHINSON. — Du typhus abdominal.
FORGET. — De l'entérite folliculeuse.
TROUSSEAU. — Leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu.
JACCOUD. — Traité de pathologie.
DIEULAFOY. — Traité de pathologie interne.
N. GUENEAU DE MUSSY. — Leçons de clinique médicale.
LAVERAN ET TEISSIER. — Traité de pathologie.
CHOMEL. — Leçons de clinique médicale.
FOURNIER. --- Leçons sur la syphilis. Syphilis secondaire chez la femme. Traitement de la syphilis.
DIDAY. — Du traitement des maladies vénériennes.
D^r JULIEN. — Leçons sur la syphilis.
Grand Dictionnaire de médecine et de chirurgie.
Semaine médicale de 1888.
PETIT. — Thèse de Lyon, 1881.
LEGROUX et HANOT.
HUCHARD.
Grand traité de médecine.
G. HOMOLLE. — De la fièvre typhoïde.
A. CHAUFFARD. — France médicale, 1883.
Revue de médecine de 1881.
Société de Biologie, 1893.
Semaine médicale, 1893.
Montpellier médical, 1890-94.
PETIT et SERRES.
LOUIS. — Pathologie et clinique médicale.
BRETONNEAU. — De la dothiéntérie.
BOUVERET. — (fièvre typhoïde).
LAENNEC-MONNERET.

BABÈS et KALINDERO.

SPILLMANN et HAUSHALTER.

SARDA.

VILLARD.

KIENER et KELSCH.

RAYNAUD. — D. de médecine et de chirurgie pratique.

GALLIARD et WILLBOUCHEWITCH.

RENDU et CHANTEMESSE.

RICORD.

Semaine médicale de 1885.

WRAHCH.

KLEIN (de Vienne).

JEAN DE VIGO.

MATHIOLE (de Sienne).

DUJARDIN-BEAUMETZ.

SIREDEY (Revue de médecine de 1887).

LASÈGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 30 mars 1896.
Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 30 mars 1896.
Le Doyen,
A. MAIRET.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
